

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-557623

ND. 37008

CA

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8933 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HAFID EL NOUJARA
 Date de naissance : 13/10/1965
 Adresse : 51 LES HAS RASHEH ENNAH FA
 CASA
 Tél. : 0670273881 Total des frais engagés : 250 + 3200 + 106 = 3556 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/02/2020
 Nom et prénom du malade : HAFID EL NOUJARA Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Oculaire
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 1/

Signature de l'adhérent(e) :


VOLET ADHERENT


Déclaration de maladie N° W19-557623

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.


Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 8933
 Nom de l'adhérent(e) : HAFID EL NOUJARA
 Total des frais engagés : 3556
 Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/07/2020		1	250,00	INP : <input type="text"/> 

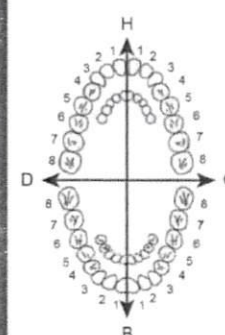
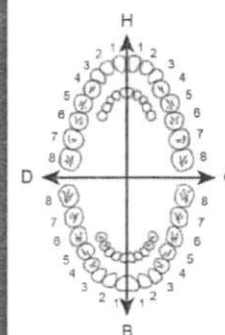
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/07/2020	106,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	29/07/2020					320,00

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.					
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

مركز طب وجراحة العيون بورغون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Abdellatif ZAKARRYA

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France
Membre de la Société française d'ophtalmologie
Certificat Moorfield Londres
Certificat Vitrectomie Schruns Autriche
Forces Armées Royales

د. عبد اللطيف زكرياء

طب و جراحة العيون بوردو فرنسا
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون
شهادة العضوية لمورفيلد بلندن
شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرونز النمسا
طبيب القوات المسلحة الملكية

27 Juillet 2020

Mr. HAFID El Mostafa

15.70

1/ ZALERG COLLYRE



UNE GOUTTE 2 FOIS PAR JOUR X 2 MOIS

30.30

2/ I COMB COLLYRE



UNE GOUTTE 3 FOIS PAR JOUR PENDANT 15 JOURS

106.00

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lots: Haj Jaten Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

DR. ZAKARRYA
OPHTALMOLOGISTE
LASER - EXCHIMER
Rue Sultan Abdelhamid - Casablanca
Tél: 05 22 95 01 22 - 05 22 39 83 39

Agrée Pour le Permis de Conduire معتمد لرخصة السياقة

05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22

زنقة السلطان عبد المجيد - إقامة زكرياء - بوركون - الدار البيضاء

Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - oeilvision.zakarrya351@gmail.com

FR

Zalerg 0,25 mg/ml

Collyre en solution

Kétotifène

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez-nous d'informations à votre médecin.

N'utilisez jamais ZALERG 0,25 mg/ml, collyre en solution :

- Si vous êtes allergique (hyperse).
- au kétotifène (substance active),
- ou à l'un des autres composants présents dans ZALERG (voir rubrique 6 : Informations supplémentaires).

Utilisation d'autres médicaments

Si vous devez utiliser un autre collyre en même temps que ZALERG collyre, attendez au moins 5 minutes entre les deux instillations.

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

indésirables inattendus, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous avez utilisé plus de ZALERG 0,25 mg/ml, collyre en solution que vous n'auriez dû :

Il n'y a pas de risques si vous avez avalé accidentellement quelques gouttes de ZALERG. De même, ne vous inquiétez pas si vous avez instillé accidentellement plus d'une goutte dans votre œil.

Comment utiliser ZALERG

0,25 mg/ml, collyre en solution :



Instillez une goutte dès que possible, puis revenez à votre vision normale. Assurez-vous que la goutte tombe dans l'œil. N'instillez pas de dose supplémentaire pour compenser la dose que vous avez

remarqué des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

5. COMMENT CONSERVER ZALERG 0,25 MG/ML, COLLYRE EN SOLUTION ?

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Ne pas utiliser ZALERG après la date de péremption mentionnée sur la boîte ou le flacon après EXP. La date d'expiration fait référence au dernier jour du mois.

ZALERG peut être utilisé jusqu'à 8 semaines après la première ouverture.



ZALERG 0,25 mg/ml
Collyre à l'œil - OPV - 75/50 ml
Distribué par COOPHE PHARM - 11, rue Mohamed Diouri
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amine LAOUADI

يمكن لتواتر التكرار.
• زيادته إذا كانت الأعراض تتطلب ذلك.
• ثم يخفّض تدريجياً اعتماداً على تحسن العلامات السريرية.
يمكن تكيف مدة العلاج وفقاً للأعراض.

العرض الدوائي :
أيكومب® على شكل معلق معقم للعين 5 مل في قارورة من البولي إيثيلين منخفض الكثافة.

هام : اقرأ بعناية !

ايكومب®

التركيب:
1 مل من معلق أيكومب® يحتوي على :
عناصر فعالة : 3 ملغ توبراميسين (3)
سواغ ذو تأثير معلوم : كلوريد البند
الخواص الدوائية :
ديكساميثازون هو إستيرويد قشري ذو
أما توبراميسين فهو مضاد حيوي من
ضمنها بسودومونكس إيروجينوزا .
دواعي الإستعمال :

يوصف هذا الدواء ، للعلاج الموضعي لبعض التهابات وعدوى العين :
• بعد جراحة العين ،
• في العدوى مع الالتهاب ، بسبب البكتيريا التي يمكن مكافحتها بالمضاد الحيوي الموجود في هذا الدواء .

ايكومب®
Icomb®
Lot: W N 0 2 1 7
Fab: 1 2 1 9
Exp: 1 2 2 1

PPV: 30 DH 30



ملغ ديكساميثازون (0.1%)

معلق معقم لعين

جزء المضاد للالتهاب .
بالية لصبغة جرام ومن

مركز طب وجراحة العيون بورغون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Abdellatif ZAKARRYA

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France
Membre de la Société française d'ophtalmologie

Certificat Moorfield Londres

Certificat Vitrectomie Schruns Autriche
Forces Armées Royales

د. عبد اللطيف زكريا،

طب و جراحة العيون بوردو فرنسا
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون
شهادة العضوية لمورفيلد بلندن
شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرونز النمسا
طبيب القوات المسلحة الملكية

27 Juillet 2020

Mr. HAFID EI Mostafa

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets

VL :

OD = + 2.50 (- 1.25 à 80°)

OG = + 2.50 (- 1.25 à 85°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.50

Optique Mille pour tous
Optométriste & Opticien

Agrée Pour le Permis de Conduire معتمد لرخصة السياقة

05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22

زنقة السلطان عبد المجيد - إقامة زكريا - بوركون - الدار البيضاء

Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - oeilvision.zakarrya351@gmail.com



Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture :

01955

Date :

29/07/20

Mr :

HA FID EL MOSTAFA

Docteur :

Type des Verres :

Replet

ORGANIQUE ANTI

Monture :

optique

1200w

* Vision de Loin :

OD

Axe

80°

Cyl

-1,25

Sph

+2,50

OG

Axe

85°

Cyl

-1,25

Sph

+2,50

1000w

* Vision de Prés :

OD

Axe

Cyl

Sph

OG

Axe

Cyl

Sph

Add :

+2,50

1000w

Montant :

Thot Mille pour cent & h

N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C: 242426

T.P : 023451 - Patente : 30057211 - INP : 91023705